

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 277

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Kystes hydatiques du Bassin
chez la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L.-F.-Joseph SAUNIER

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

né le 13 août 1893, aux Côtes-d'Arez (Isère)



LYON

—
Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR
3, Avenue de la Bibliothèque, 3

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Kystes hydatiques du Bassin
chez la Femme

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

L.-F.-Joseph SAUNIER

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

né le 13 août 1893, aux Côtes-d'Arez (Isère)



LYON

Imprimerie du SUD-EST

JEAN DEPRELLE, ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
 Doyen. MM. J. LÉPINE
 Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD X...
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LÉPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique.	WEILL
Clinique des maladies des enfants.	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes.	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires.	NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie.	MOREAU
Matière médicale et Botanique.	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	LATARJET
Anatomie	POLICART
Anatomie générale et Histologie.	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales.	PAVIOT
Anatomie pathologique	VILLARD
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée.	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE A.
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

chargés d'un cours de :	Pathologie externe	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Accouchements	COMMANDEUR
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE G.	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CONDAMIN, Président ; COMMANDEUR, Assesseur

MM. GAYET et PATEL Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA GRAND-MERE

A MON PERE, A MA MERE

En témoignage de mon profond amour
filial.

A MON FRERE

A MES AMIS

A MES CAMARADES TOMBES

AU CHAMP D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

En décembre 1920, étant interne dans le service de M. le Docteur Goullioud, à l'Hôpital Saint-Joseph, nous avons eu l'occasion de présenter devant la Société Nationale de Médecine de Lyon, l'observation d'une malade du service, opérée d'un kyste hydatique primaire du Douglas, avec la pièce anatomique à l'appui. Cette localisation de l'hydatide dans le bassin chez la femme nous parut intéressante à étudier. Notre maître, le Docteur Goullioud, nous conseilla alors d'en faire notre sujet de thèse, et il nous communiqua à cette occasion l'observation d'une de ses malades opérée à trois reprises différentes de kystes hydatiques des épiploons et du bassin, suivie ensuite avec un vif intérêt, pendant vingt-cinq ans pour dépister les récidives qui ne se reproduisirent plus.

Nous avons compris toute la variété et toute l'étendue de notre sujet quand nous avons eu entre les mains le numéro d'avril 1917 des Archives mensuelles de Gynécologie et d'Obstétrique, où se trouve une brève analyse d'une dizaine d'observations analogues d'auteurs australiens, parues pour la première fois dans une revue de langue anglaise : The Journal of (obstetrics and Gynæcology of the British Empire (octobre-décembre 1914). Les auteurs MM. Taylor Young et D.-A. Welsh avaient

eu l'idée d'écrire à plusieurs chirurgiens d'Australie où le kyste hydatique est particulièrement fréquent, et de publier ensuite, dans ce journal les diverses observations qu'ils avaient reçues en réponse à leur lettres.

Muni de ces précieux documents, si variés, nous avons donc entrepris d'apporter notre modeste contribution à l'étude des kystes hydatiques du bassin chez la femme.

Au début de ce travail, c'est pour nous un devoir bien doux d'exprimer toute la reconnaissance que nous devons à notre maître, M. le Docteur Goullioud, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Joseph, qui montra toujours la plus grande indulgence à notre égard. Par sa haute conscience professionnelle et son infatigable activité, il restera, un des plus nobles exemples pour notre carrière médicale.

Nos remerciements iront aussi à M. le Docteur Chaballier, médecin en chef de l'Hôpital Saint-Joseph, de qui nous avons été l'interne durant toute une année. Nous avons pu apprécier l'enseignement clinique si vivant et si varié de ce maître. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous devons également remercier M. le Docteur Giuliani, dans le service duquel nous faisons fonction d'interne, actuellement, ainsi que MM. les Docteurs Olivier, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph, et Faysse, chef de laboratoire, qui se montrèrent particulièrement bienveillants à notre égard.

Nous n'aurions garde d'oublier tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui ont contribué à notre formation professionnelle, en particulier M. le Professeur

Teissier, MM. les Docteurs Cade, Roubier, Rebattu,
médecins des Hôpitaux.

*Enfin nous remercierons bien sincèrement M. le Pro-
fesseur Condamin, qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de cette thèse.*

HISTORIQUE

Les kystes hydatiques semblent avoir été connus dès la plus haute antiquité. N'est-ce pas aux hydatides de l'abdomen que fait allusion *Hippocrate* dans ce passage : « Quibus jecur aqua repletum in omentum eruperit as venter aqua impletur ac intereunt. »

Après lui, *Galien* les signale, et *Aretée*, dans son traité sur l'hydropisie en fait une variété d'ascite : « Aliam quandam hydropis speciem videmus, quæ hujus modi est : vesiculæ exiguæ, crebræ, humore plœnœ, in loco fieri solet ascites, continentur. Hoc hujus modi affectus indicium est : si perforato abdomine, liquorem educas, postquam paulis perfluxerit, vesicula intus occludit exitum. »

Au XVI^e siècle les travaux de *Vega*, de *F. Plater*, de *Rivierus*, qui ont observé des kystes hydatiques de l'abdomen, n'offrent plus qu'un intérêt purement historique. Pour ces auteurs, comme pour ceux du XVII^e siècle qui signalèrent la présence de kyste hydatique, l'étiologie est ignorée et attribuée à des causes plus ou moins bizarres. En 1760, seulement, *Pallas* démontre l'origine parasitaire de ces kystes et les attribue à un ténia.

Ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que nous retrou-

vons, dans la littérature médicale, des observations vraiment authentiques de kystes hydatiques pelviens. Ce sont des accoucheurs qui, les premiers, à l'occasion de dystocie, signalèrent les troubles causés, par ce parasite, sur les fonctions génitales de la femme.

La première observation de dystocie occasionnée par des kystes hydatiques est signalée dans le mémoire de Meyer en 1794. Puis des faits analogues furent publiés par Park (1817), Roux (1828), Barret (1828), Chemnitz (1834).

Ces observations étaient bien incomplètes, lorsque *Charcot*, en 1852, publia sur ce sujet, un travail que l'on peut encore consulter avec fruit. Villard, en 1878, et Porak, en 1882, présentent de nouvelles observations.

En Allemagne, *Freund*, en 1885, consacre aux kystes hydatiques du bassin chez la femme un important mémoire basé sur 18 observations.

Pinard, en 1887, publie un fait très intéressant de dystocie dû à la présence de kystes hydatiques abdominaux et pelviens.

En 1894 eut lieu à la *Société de Chirurgie de Paris* une discussion intéressante où furent rapportées plusieurs observations. *Péan*, à cette époque, frappé de la récidivité de ces tumeurs, ne croyait pas à leur guérison définitive.

La même année, *M. Goullioud* présenta au Congrès de Chirurgie, un cas d'échinococose pelvi abdominale récidivante guéri à la suite d'interventions successives.

Parmi les travaux plus récents, il convient de citer encore la thèse de *Dermigny* (1894), les superbes travaux de *Devé* sur l'Echinococose secondaire (1902), les thèses

de *Ferval* (1900) et de *Lemaire* (1911) qui put réunir sur le sujet 72 observations.

En 1917, parut dans les *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, une revue d'une dizaine de cas, appartenant à des chirurgiens d'Australie. Nous croyons utile de publier dans ce travail ces observations très peu connues qui mettent bien en évidence la fréquence des récidives et la nécessité de surveiller ces malades.

EXPOSE. — PATHOGENIE ET OBSERVATIONS

DÉFINITION

L'échinococcose est une affection parasitaire causée par le développement dans l'organisme de la larve d'un petit ténia du chien : le « ténia echinococcus ». Cette larve, appelée échinocoque ou hydatide est logée dans une enveloppe kystique, la membrane adventice qui se forme au dépens de l'organe infecté et c'est à l'ensemble constitué par cette membrane et par l'hydatide qu'elle contient qu'on donne le nom de *Kyste hydatique* (Neveu-Lemaire).

Dans plus de la moitié des cas, le kyste hydatique siège dans le foie. Il se trouve aussi fréquemment dans le poumon (10 % des cas environ), mais il peut se rencontrer dans presque tous les organes et tous les tissus (cerveau, os, muscle, etc...). En particulier, il peut se développer au niveau des organes du petit bassin, et revêt alors chez la femme une allure clinique toute spéciale : c'est une affection intéressant à la fois la gynécologie et l'obstétrique.

Ainsi, sous le terme de kyste hydatique pelvien, nous entendons toutes les tumeurs à échinocoques qui se déve-

loppent dans le petit bassin chez la femme. Et nous ferons aussitôt remarquer qu'il en existe des variétés toutes différentes :

I. — KYSTES PRIMAIRES

Il existe un premier groupe de faits qui comprend les cas où le kyste hydatique est primitivement localisé dans le bassin. Ces localisations pelviennes primitives sont rares. Devé en nie même l'existence. L'échinocoque qui occuperait primitivement le tissu cellulaire pelvien ne serait qu'une greffe apportée par la voie sanguine. Néanmoins, ces faits semblent bien constituer une entité clinique spéciale. Une malade que nous avons pu observer dans le service de M. Goullioud semble bien entrer dans ce cadre. Elle fut opérée d'un kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas et mourut 17 jours après l'intervention. En pratiquant l'autopsie, on ne découvrit aucune trace de kyste hydatique ancien ou récent dans le foie, la rate, le poumon, l'épiploon ou le péritoine. (Obs I).

Nous publions des observations du même genre (Obs. II, obs. III) dues à des auteurs australiens.

Ils désignent cette première variété de kystes hydatiques pelviens sous le nom de « *Kyste hydatique primaire extrapéritonéal* ».

Deux hypothèses ont été émises pour expliquer cette localisation première de l'hydatide dans le pelvis. Le germe échinococcique serait apporté par voie sanguine ou lymphatique comme dans n'importe quel autre organe ou tissu.

Il est possible aussi que les embryons mis en liberté

dans le tube digestif, s'accrochent aux parois de l'ampoule rectale où ils tendent d'ailleurs à séjourner avec les matières stercorales, et qu'ils pénètrent directement par effraction, par perforation de la paroi abdominale dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. C'est l'opinion de Charcot, qui avait remarqué que ces kystes prérectaux étaient tous sous-péritonéaux. Une semblable hypothèse expliquerait bien pourquoi c'est au voisinage du rectum, dans le cul-de-sac de Douglas, que siègent la plupart des kystes primaires du petit bassin.

OBSERVATION I. — M. Goullioud (présentée à la Société Nationale de Médecine de Lyon, le 20 décembre 1920).

Kyste primaire du cul-de-sac de Douglas. Enucléation de la tumeur avec hystérectomie. Escharre sacrée à marche phlegmonneuse. Mort le 17^e jour.

La malade était une domestique de 59 ans, infectée accidentellement. Elle fut envoyée dans le service de M. Goullioud à l'Hôpital Saint-Joseph, avec le diagnostic de fibrome utérin, pour des accidents de rétention d'urine. Elle présentait dans le bassin une tumeur du volume d'une fêta fœtale refoulant le col utérin contre la symphyse, tumeur de consistance dure. Etant donné l'âge de la malade on diagnostiqua, non un fibrome utérin, mais une tumeur de l'ovaire.

A la laparotomie, le 2 décembre 1920, on aperçoit, remplissant le bassin, une tumeur de la teinte de certains kystes de l'ovaire un peu jaunâtre : l'utérus est intimement uni à la tumeur ; les annexes droites la coiffent.

Pendant qu'on dissocie quelques adhérences filamenteuses péritonéales dans le Douglas et qu'on soulève la tumeur, elle se rompt en un point et laisse échapper un liquide gélatineux puis des vésicules. Le diagnostic de kyste hydatique s'impose. On protège le péritoine et on vide le kyste avec une cuiller de cuisine.

On enlève le kyste, l'utérus et ses annexes. Il faut sectionner avec soin de nombreuses adhérences avec le colon pelvien. Une mèche d'isolement.

Le kyste est formé par une poche unique, assez épaisse, blanc jaunâtre, remplie de vésicules de volume de gobilles en général.

Suites simples au point de vue péritonéal, mais dès le premier jour, la malade est shockée plus qu'il ne paraissait normal. Elle reste faible, asthénique, avec hypotension subdélire la nuit, puis fièvre. La cause de celle-ci est reconnue être une escharre sacrée à marche phlegmonneuse (cependant ni sucre ni albumine dans les urines).

La malade meurt le 17^e jour.

A l'autopsie on n'a trouvé aucun autre kyste hydatique. Le crâne n'a pas été ouvert.

OBSERVATION II. — Watson et E. W. Way (Adélaïde). (Obs. 1 des Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn. d'avril 1917).

Primary extra-peritoneal hydatid of the pelvis. (Kyste hydatique primaire extra-péritoneal du pelvis).

Une femme multipare, âgée de cinquante-trois ans, se plaignait de vives douleurs pelviennes et de difficultés à la miction et à la défécation. Une incision pratiquée le long de la ligne blanche fit découvrir une tumeur blanche et dure, grosse comme une orange, adhérente à l'utérus, mais irriguée par des vaisseaux provenant de l'épiploon.

La tumeur fut enlevée avec cette idée que l'on se trouvait en présence d'un myome sous-séreux détaché de l'utérus.

Plus tard, cependant, on s'aperçut que l'on était en présence d'un kyste hydatique farci d'échinocoques allant de la taille d'un pois à celle d'une noix. Une fois que le péritoine utéro-vésical eut été écarté de dessus la tumeur on rompit un second kyste hydatique. C'est ainsi que la nature réelle de la tumeur fut reconnue.

Le kyste était de la grosseur d'une balle de croquet et renfermait tout un ensemble de vésicules hydatiques grosses

chacune comme une cerise. D'autres kystes furent encore découverts dans les ligaments larges gauches et droit.

Comme il n'y avait plus haut aucune traces d'un écoulement hydatique, on n'avait point à craindre une greffe des parasites échappés dans la poche de Douglas.

Les kystes hydatiques ayant été enlevés, les trois capsules furent nettoyées jusqu'au niveau du vagin et ne furent pas enlevées complètement dans la crainte où l'on était de toucher aux uretères.

Le corps utérin fut excisé. Cette intervention détermina une cavité en forme de cuvette constituée par trois dépressions en forme de tasse représentant la place des trois kystes. Les bords sectionnés de ces dépressions furent alors réunis par des points séparés et la séreuse utéro-vésicale fut ramenée en arrière sur la ligne transpelvienne des sutures et rattachées au péritoine de la poche de Douglas.

Une petite vésicule hydatique oubliée par mégarde au moment de l'opération se signala trois semaines plus tard en s'éliminant par le vagin en même temps que la majeure partie des kystes suturés.

Dès ce moment, la guérison fut acquise. Six ans plus tard la malade continuait à vivre en santé parfaite.

OBSERVATION III. — M. Thomas Murphy (Melbourne). (Obs. VII des Arch. Mens. d'Obstet. et de Gynec. d'avril 1917).

Multiple primary hydatids of the pelvis (Multiples kystes hydatiques primaires du pelvis).

Une femme de soixante-quinze ans présentait de l'incontinence d'urine accompagnée de diarrhée. L'examen donna l'impression d'une grosse tumeur ovarienne pluriloculaire avec un prolongement dans le ligament large qui fit soupçonner une tumeur ovarienne maligne.

L'abdomen ouvert, l'un des lobes de la tumeur ayant éclaté au-dessus du pubis, on vit s'en échapper un grand nombre de petits kystes. Le kyste-mère fut nettoyé ainsi que deux

ou trois autres qui furent ouverts et débarrassés des petits kystes qu'ils contenaient.

La tumeur avait environ les dimensions d'une tête d'adulte : elle n'avait point la forme arrondie habituelle aux kystes du foie ou du poumon et s'était, selon les apparences, développée dans le tissu cellulaire, envahissant le ligament large à gauche et s'étendant au-dessus et en avant de l'utérus à la façon d'un ovaire tout en ayant, à l'encontre des tumeurs ovariennes une large attache transverse.

OBSERVATION IV. — M. J.-A.-G. Hamilton (Adélaïde). (Obs. VIII des Arch. mens. d'obst. et de gynéc. d'avril 1917).

Primary hydatid of the pouch of Douglas (Hydatides primaires du cul-de-sac de Douglas).

Un énorme kyste hydatique solidement uni à des kystes filles remplissait le Douglas d'une femme âgée de trente-deux ans. A l'examen, on sentait une masse ronde et lisse située au-dessus du bord du pelvis. L'utérus était rejeté contre le pubis par une masse dure remplissant le Douglas. L'absence d'élasticité, le toucher dur de la tumeur, fit porter le diagnostic de fibrome de l'ovaire qui se serait abaissé et se serait tassé dans la cavité pelvienne. Une incision exploratrice pratiquée dans le Douglas révéla l'existence d'un kyste hydatique renfermant fort peu de liquide, ce qui explique l'absence de fluctuation de la tumeur. Un drain fut mis en place et peu à peu le kyste s'affaissa et la malade guérit après une suppuration prolongée. Huit ans plus tard, on ne signalait aucune récidive.

OBSERVATION V. — M. Rothwell Adam (Melbourne). (Obs. II des Arch. d'obstet. et de gynéc. d'avril 1917).

Primary hydatid cyst of the sacrum (kyste hydatique primaire du sacrum).

Une femme de trente ans, d'une bonne santé habituelle,

mariée depuis douze ans, mère depuis huit ans, se plaint de douleurs dans le dos et d'une sensation de fatigue continue.

L'appétit était bon, mais la malade était constipée avec, de temps à autre, des débauches diarrhéiques. Les menstrues étaient régulières mais se prolongeaient parfois durant un temps excessif. Les pertes étaient constituées par des caillots et la malade était leucorrhéique. A l'examen vaginal on constate dans le cul-de-sac de Douglas une tumeur paraissant se continuer avec l'utérus.

L'opération montra que l'on avait affaire à un kyste hydatique rétro-péritonéal s'élevant semblait-il du sacrum.

L'incision de la paroi du kyste montra une cavité remplie de vésicules vides. La poche fut complètement nettoyée avec de la gaze, puis l'abdomen fut fermé, sans drainage.

Durant les premiers jours de la convalescence, une quantité considérable de liquide s'accumula dans la cavité de Douglas ; puis se résorba peu à peu et la malade guérit. Il n'y eut point de récurrence.

OBSERVATION VI. — F. G. Wilson (Adélaïde). (Obs. IX des Arch. mens. d'obst. et de gynéc. d'avril 1917).

Three cases of invasion of the broad ligaments by solitary hydatid cysts (Trois cas d'envahissement du ligament large par des kystes hydatiques uniques).

Deux furent découverts dans le ligament large droit et un dans celui de gauche.

Chacun de ces kystes avait le volume d'une noix de coco.

L'une des malades succomba trois ans après l'opération à la suite d'une hémorragie rénale. Elle avait perdu des vésicules par l'urèthre.

II. — KYSTES SECONDAIRES DU PETIT BASSIN

Un deuxième groupe de faits comprend les cas de beau-

cup. les plus nombreux ou l'échinocoque se greffe secondairement dans le bassin. Le kyste hydatique pelvien succède alors à une rupture d'un kyste de même nature plus haut situé dans l'abdomen (foie, rate, épiploon...), que cette rupture soit d'ailleurs spontanée ou accidentelle. Le cul-de-sac de Douglas est un réceptacle naturel pour recevoir les germes hydatiques préalablement répandus dans l'abdomen. Mais le plus souvent l'épiploon tendu à la façon d'un filet est ensemencé en même temps, ainsi qu'une partie de la séreuse abdominale. Il s'ensuit que dans ces cas, le kyste hydatique pelvien coexiste avec des kystes d'autres régions. Il s'agit, en général, de kystes multiples de la cavité abdomino-pelvienne.

La littérature médicale nous offre de nombreuses observations d'une pareille variété de kyste. Nous citons à cette occasion, le résumé d'une opération d'un chirurgien de Melbourne qui est particulièrement typique (Obs. VII). Tout le péritoine, le mésentère, l'intestin lui-même, les trompes, les ovaires, l'utérus étaient recouverts d'une centaine de petits kystes. Il y avait même du liquide hydatique libre dans l'abdomen. Nul doute qu'une rupture d'un kyste primaire s'était produit depuis peu.

OBSERVATION VII. — Fetherson et Félix Meyer (Melbourne). (Obs. X des Arch. Mens. d'Obt. et de Gyn., avril 1917).

Typical scolic infection involving the pelvis (Envahissement typique du pelvis par des scolex).

Une jeune fille fut opérée pour une tumeur liquide envahissant toute la cavité abdominale.

L'épiploon, le mésentère, les intestins, le péritoine, les trompes de Fallope, la surface des ovaires et de l'utérus étaient revêtus de centaines de petits kystes hydatiques de la grosseur d'un pois à celle d'une prune. Il y avait du liquide libre et sans aucun doute il s'était produit quelque rupture. On enleva minutieusement toutes les traces du parasite et la malade guérit parfaitement.

OBSERVATION VIII. — M. J.-A. Cameron (Queensland). (Obs. V des Arch. Mens. d'obst. et de Gyn., août 1917).

Abdomino-pelvic hydatids. (Hydatides abdomino-pelvien-
nes).

Une femme de 22 ans avait depuis 2 ans de la difficulté à uriner.

Forte, vigoureuse, sans avoir jamais présenté aucun symptôme morbide, elle fut prise subitement d'une rétention qui nécessita un cathétérisme. A l'opération, on découvrit un gros kyste hydatique dans la poche du Douglas. Ce kyste envahissait le pelvis et avait serré en avant le conduit vaginal contre le pubis.

Deux autres kystes plus petits furent découverts à l'intérieur de l'abdomen. Tous furent enlevés avec de bons résultats.

OBSERVATION IX. — M. Norman Mc Arthur (Melbourne). (Obs. VI des Arch. Mens. d'Obst. et de Gyn.)

Multiple pelvic hydatids. (Kystes hydatiques pelviens multiples).

Une femme mariée de trente ans se plaignait de douleurs abdominales. Elle avait, quelques mois auparavant, souffert de douleurs vésicales et avait fait une fausse couche suivie d'un curettage.

A l'examen, on posa le diagnostic de tumeur ovarienne

adhérente à la face postérieure de l'utérus et remplissant la majeure partie du bassin pelvien. L'opération révéla un kyste hydatique adhérent à l'appendice. Il se déplaçait librement et il fut aisé de l'extraire en totalité. La tumeur principale était constituée par un gros kyste hydatique biloculaire dont une des loges s'attachait à la paroi postérieure du ligament large gauche, l'autre loge remplissant le cul-de-sac de Douglas. Ce double kyste fut énucléé sans rupture non sans grandes difficultés. Il adhérait à gauche aux vaisseaux iliaques, si bien que l'on dut lier l'artère iliaque interne. Le kyste adhérait encore étroitement à l'utérus et aux deux trompes.

La malade, revue dix-huit mois après l'opération ne présentait pas de récurrence.

III. — RÉCIDIVE PELVIENNE DE KISTE HYDATIQUE

Nous faisons un groupe à part de cette variété de kystes du petit bassin, qui ne sont, en somme, que des kystes secondaires ou tertiaires post-opératoires, parce qu'ils forment une entité clinique un peu spéciale. En effet, ces kystes hydatiques pelviens, comme tous les kystes abdominaux de même nature en général, ont ceci de particulier, d'être toujours sujets à des récurrences. Il semble que la « Maladie hydatique » procède par « poussées successives » dans le temps : des tumeurs analogues apparaissent en des sièges différents ou à l'emplacement même laissé vide après l'énucléation du premier kyste.

Il paraît bien naturel d'admettre, avec Dévé, que l'origine de ces kystes récidivants, est dans la greffe péritonéale au cours de l'acte opératoire.

Là encore, le petit bassin forme un réceptacle naturel pour les germes hydatiques échappés pendant l'intervention.

Nous pouvons citer, comme faisant partie, de cette variété, l'observation de M. Goullioud. Elle a trait à un kyste pelvien apparu après deux premières intervention portant sur des kystes des épiploons (Obs. X).

Une malade des chirurgiens australiens est particulièrement intéressante à ce sujet :

Il s'agit d'une femme de 24 ans qui fut soumise à une première intervention pour un kyste du Douglas enlevé en masse ; 3 ans plus tard, nouvelle tumeur au niveau de l'épigastre qui guérit après drainage ; 5 ans plus tard, tumeur emplissant tout le bassin suivie d'une nouvelle exérèse accompagnée d'hystérectomie ; 5 ans après, nouveau kyste situé sur la face postérieure du ligament large. Nouvelle intervention suivie de guérison (Obs. XI).

OBSERVATION X. — M. Goullioud. (Observation présentée au Congrès français de chirurgie de 1894).

Kystes hydatiques de l'épiploon. Récidive pelvienne. Première opération : résection totale du grand épiploon farci de kystes hydatiques.

Deuxième opération : énucléation de petits kystes et incision en un temps de deux grands kystes du petit épiploon.

Troisième opération : débridement vaginal d'une masse pelvienne.

Guérison — suivie pendant 25 ans. — Mort de néphrite aiguë.

Marguerite D..., âgée de trente-neuf ans, hôtelière à Til, où elle garde des chiens de chasse en location, entre à la Charité dans le service de M. Laroÿenne que je supplée le 24 mars 1892.

Depuis deux ans, cette femme éprouve dans le ventre des douleurs passagères et qui, sans être intenses, gênent la

marche et empêchent tout travail. Elle se plaint en outre de troubles de la digestion : regurgitations fréquentes de ses aliments, plus rarement vomissements pénibles alimentaires ou bilieux.

A l'examen du ventre, on constate la présence de masses multiples, volumineuses, rénitentes ou fluctuantes, étendues du bord inférieur des côtes jusqu'au pubis. La plus inférieure simule un kyste de l'ovaire, est perceptible par le vagin et maintient l'utérus en rétroversion ; une autre sous le foie est saillante, manifestement fluctuante. Toutes ces tumeurs jouissent d'une grande mobilité dans le sens transversal et de bas en haut, dans la position de Trendelenburg par exemple.

Le diagnostic est d'abord hésitant entre un kyste ovarien d'aspect un peu anormal et une tumeur de l'épiploon. Mais en raison de la multiplicité des tumeurs répandues pour ainsi dire sur toute la surface de l'abdomen, en raison de leur mobilité dans le sens transversal et de bas en haut, en raison des crises douloureuses éprouvées par la malade, nous nous prononçons nettement pour des kystes hydatiques de l'épiploon.

Première intervention, par le Docteur Goullioud, le 26 mars 1892. Incision de 16 cm, en grande partie sus-jacente à l'ombilic. On tombe sur un épiploon qui renferme un grand nombre de kystes dans son épaisseur. Un se rompt dès le début et laisse écouler un liquide transparent comme de l'eau de roche. Après que l'on a détaché quelques adhérences lâches au cœcum et à la paroi abdominale sur les bords de l'épiploon, le tablier épiploïque, vraie grappe de kystes, se laisse assez facilement et progressivement sortir de la plaie. Il ne présente en effet qu'une adhérence insignifiante à la paroi abdominale sur laquelle un kyste s'est greffé au-dessus de la vessie. Pas d'adhérence avec l'intestin grêle. L'épiploon ne tient plus alors que par ses adhérences naturelles au côlon transverse. A ce niveau, il présente une série de kystes volumineux qui dédoublent l'épiploon. On fait, à cause de ce dédoublement, une double rangée de pédicules, une quinzaine environ le long du côlon.

On ne saurait répondre que quelques petits kystes n'ont pas été laissés dans les petits épiploons et sur les côlons ascendant et descendant. Mais il en reste un groupe adhérent sous la partie postérieure de la face inférieure du foie. On ne saurait les atteindre sans passer à travers les méso-côlons, et par suite, sans s'exposer à une gangrène intestinale (Goullioud et Mollard, *Lyon Méd.*, 1889, t. II). La malade a d'ailleurs beaucoup pâli. Il paraît plus sage de les abandonner avec l'idée de les attaquer ultérieurement par une incision latérale. L'abdomen fermé par un triple surjet et le pansement terminé, on se décide à drainer le cul-de-sac vaginal à cause surtout de la rupture de deux ou trois kystes dans le péritoine. On défonce le Douglas avec le dilatateur de Léon Tripier et on met une mèche iodoformée.

Ce vaste tablier épiploïque dont les kystes inférieurs glissaient sous l'apophyse xiphoïde et les kystes inférieurs maintenaient l'utérus en rétroversion pesait 1.200 grammes.

On n'a senti aucune tumeur soit dans le cul-de-sac vésico-utérin soit dans le Douglas.

L'opération a duré une heure et demie.

Suites très heureuses malgré des symptômes de shock le premier jour et un pouls très rapide à 140, dont une affection cardiaque latente était en partie responsable.

Réunion par première intention. Le flanc droit reste occupé par une tumeur molle, rénitente, ayant une faible mobilité rappelant celle d'un gros rein.

Sortie le 9 avril 1892.

La malade, revue le 23 juin, dit aller très bien, elle n'a pas vomi depuis son opération, elle n'a plus de douleurs, elle peut travailler sans difficulté.

15 octobre 1892. — La malade va très bien, a pris de l'embonpoint. Fait curieux et inattendu, la masse sous-hépatique du flanc droit, formée par les kystes laissés lors de l'opération, a beaucoup diminué et un observateur non prévenu ne remarquerait certainement rien à ce niveau.

On a seulement une sensation vague de moindre souplesse que normalement : il y a une régression certaine de cette masse. Le palper abdominal ne révèle aucune récidence.

1^{er} juin 1894. — Le développement de deux groupes de kys-

tes, l'un épigastrique, l'autre pelvien, déjà reconnu au mois de février, est devenu apparent à la malade elle-même, sans amener encore de troubles sérieux, à part quelques malaises digestifs et l'impossibilité d'un travail quelque peu pénible.

A l'épigastre, un kyste volumineux descendant à l'ombilic, se tenant à droite de la ligne médiane. La matité à son niveau se continue avec celle du foie, sur une hauteur de 17 cm $\frac{1}{2}$, tendant à dépasser le mamelon en haut. En arrière, il ne semble pas que la matité hépatique soit augmentée.

En dedans de ce kyste principal, un petit, épigastrique, mobile, douloureux, du volume d'une noix, accompagné de trois petits nodules.

Le reste du ventre est sonore, un peu tendu.

Rien dans les plèvres.

Dans le cul-de-sac de Douglas, je constate derrière l'utérus, à peu près sur la ligne médiane, une tumeur lisse rénitente, sensible, remplissant l'excavation mais n'ayant pas déterminé encore de phénomène de compression sur les organes pelviens.

Rétrécissement mitral, compensé, pouls rapide, 108, pas d'albumine.

2^e Opération. — Le 9 juin 1894, à la maison de santé de Sainte-Marthe. Laparotomie ; incision un peu à droite de l'ombilic. Cette incision para-médiane permet d'énucléer le petit kyste situé au creux épigastrique dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique et avec lui trois petits nodules naissants que la ponction eût laissé se développer.

On reconnaît alors que la masse principale est formée par deux poches distinctes, l'une au-dessus de l'autre dans le sens vertical et l'une et l'autre fluctuantes. La supérieure est d'une teinte plus sombre, son revêtement est plus vasculaire ; peut-être est-elle d'origine hépatique ; l'inférieure est développée sous l'épiploon gastro-hépatique et en partie recouverte par l'estomac.

Une ponction dans la poche supérieure ne permet pas de la vider, car la canule se bouche immédiatement. Il faut dès lors se décider pour l'incision large de chaque poche, l'ori-

fice de la ponction suintant un peu, et enlevant toute hésitation de recourir à la méthode en deux temps. Au préalable on s'efforce de mettre quelques points de suture entre les poches kystiques et le péritoine pariétal. Mais il est impossible de fermer la cavité péritonéale au niveau d'un angle formé par la juxtaposition des kystes autrement qu'en mettant à ce niveau une mèche de gaze iodoformée. Incision large des deux poches, en exerçant une compression modérée sur les flancs. La poche supérieure est pleine d'hydatides de tout volume et se prolonge profondément sous les côtes. La poche inférieure n'en renferme pas et sa paroi se laisse énucléer.

Drains dans les deux kystes et quelques points de suture complémentaires.

A cause de la durée de l'opération et de l'affection cardiaque on renonce pour le moment à ponctionner la poche du Douglas.

Suites immédiates très simples, sans aucun symptôme d'intoxication hydatique. Selle, le 3^e jour.

Pouls rapide 130 à 140. Il dépasse 100 à l'état normal. Accidents de rétention passagers dans le kyste supérieur qui renferme encore quelques hydatides. Guérison lente par seconde intention.

3^e Opération. — Le 7 juillet 1894 : Débridement de la poche du cul-de-sac de Douglas. Procédé de M. Laroyenne. Au lieu de tomber sur une grande poche unique, je constate après un large débridement que la poche présente des saillies multiples, formées par d'autres hydatides, que l'on ponctionne successivement. Une anse intestinale se présente. Il n'y avait pas de paroi supérieure limitante comme il en eût existé une, si les kystes étaient développés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Mèche idioformée dans la poche. Suites simples. Suppuration de la poche, issue d'hydatides pendant plusieurs jours.

Jamais ni prurit, ni symptôme péritonéal. Selle spontanée le lendemain de l'opération. Départ le 16 juillet 1894.

Cette observation fut présentée au Congrès de chirurgie qui s'est tenu à Lyon en 1894.

M. Goullioud suivit cette malade avec un vif intérêt et put la revoir de loin en loin jusqu'à son décès le 17 mars 1917, donc 25 ans après la première intervention. Elle succomba à une néphrite aiguë.

D'ailleurs, en mai 1912. M. Goullioud avait pu l'examiner avec soin et constater qu'elle était absolument guérie de son échinococcose abdomino-pelvienne.

OBSERVATION XI. — M. Rothwell Adam (Melbourne).
(Obs. III des Arch. mens. d'obst. et gyn., d'avril 1917).

Persistent recurrence of pelvic invasions. (Récidive persistante d'invasion pelvienne).

Une jeune femme célibataire de 24 ans se plaignait de gêne et de douleurs au niveau de l'hypogastre. Les règles étaient irrégulières, de cinq jours de durée, sans perte excessive de sang, mais douloureuses. L'examen révéla la présence d'une tumeur noduleuse distendant la paroi abdominale. Au toucher vaginal, cette tumeur paraissait se continuer avec l'utérus et l'on sentait une masse volumineuse dans le Douglas. Le diagnostic de myome plurinodulaire fut porté.

L'ouverture de l'abdomen fit découvrir, se détachant du péritoine pelvien, une masse tendue de kystes hydatiques. La tumeur fut enlevée en masse et la malade parut guérie complètement.

Trois ans plus tard, elle fut revue porteuse d'une nouvelle tumeur dans l'épigastre. Cette fois, comme l'on ne pouvait songer à enlever en bloc la masse kystique qui présentait des adhérences en arrière avec l'estomac on dut procéder au drainage de l'abdomen. La malade, du reste, guérit encore parfaitement. Elle fut revue environ cinq ans plus tard. Une tumeur emplissait alors tout le bassin pelvien, rejetant l'utérus en dehors du pelvis. A l'opération on trouva un kyste rétro-péritonéal, de la dimension d'un ballon de foot-ball et si adhérent à l'utérus que l'on dut pratiquer l'hystérectomie pour enlever en même temps la tumeur. La cavité rétropéritonéale fut drainée par la voie vaginale.

En mars 1914, soit cinq ans après cette troisième intervention, la malade revenait de nouveau avec une tumeur élastique distendant la fosse iliaque droite. Un seul kyste fut enlevé. Il était situé sur la face postérieure des ligaments larges, dans la région précédemment occupée par l'ovaire. On crut dès l'abord avoir affaire à un kyste para-ovarién.

L'examen histologique montra que l'on était cette fois encore en présence d'un kyste à échinocoque. La malade guérit.

OBSERVATION XII. — M. Pumber Hooper (Melbourne). (Obs. IV des Arch. Mens. de Gyn. et d'Obst. d'avril 1917). Persistente pelvie invasion. (Invasion pelvienne persistante).

Ce cas a trait à une femme qui, depuis douze ans, perdait des hydatides par l'urèthre ou par le rectum, sans grande gêne, ni douleur du reste.

Il y a quatorze ans, la laparotomie avait permis d'enlever de nombreux kystes fixés dans la cavité péritonéale et sur différents points du mésentère. Après une guérison apparente ayant duré deux années, la malade avait commencé à perdre des hydatides. Cette femme, en 1914, était encore vivante, mais émaciée et à peine en état de marcher.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. *Siège.* — Le siège exact des kystes hydatiques pelviens n'est pas toujours facile à préciser, ceux-ci ayant contracté des adhérences tellement étroites avec les différents organes du petit bassin.

1) Lorsqu'il s'agit d'un kyste primitif, on le voit presque toujours occuper « les interstices cellulaires qui communiquent avec l'espace pelvi-rectal supérieur où il paraît s'être d'abord introduit » (Pozzi). Les anciens auteurs : Cruveilhier, Davaine, Charcot lui-même attribuaient à ces tumeurs une origine ovarienne ou utérine, mais pour les modernes, Freund, Tuffier, Lemaire « il est établi que les kystes primitifs apparaissent dans le tissu cellulaire pelvien ». Dans le cas qu'il nous fut donné d'observer (Obs. I) les ovaires et l'utérus, paraissaient indépendants de la tumeur, bien que très adhérents.

Mais pourquoi l'hydatique se loge-t-elle à peu près toujours dans l'atmosphère celluleuse qui entoure le cul-de-sac de Douglas ? Freund constate le fait, mais ne l'explique pas. Dermigny croit que le voisinage du rectum n'est pas indifférent. De plus, le tissu conjonctif de cette région est irrigué par des vaisseaux nombreux émanés des utérines, vaginales, hémorroïdales. On comprend facilement que les tissus richement vascularisés

constituent un terrain éminemment favorable à l'arrêt ou au développement des hydatides, si l'échinocoque est apporté par la voie sanguine, comme il est plausible de l'admettre dans l'hypothèse de kyste primitif.

2) Lorsqu'il s'agit de kyste pelvien secondaire post-opératoire ou spontané, on peut voir des greffes se produire sur tous les organes du bassin : ovaires, trompes, utérus (Obs. VII) mais c'est là encore dans le Douglas, au point le plus déclive de l'abdomen, que les germes échinococciques se collecteront le plus souvent.

Ces kystes secondaires, souvent multiples, peuvent occuper le Douglas de préférence (Obs. VIII), les ligaments larges (Obs. IX) beaucoup plus rarement le cul-de-sac vésico utérin.

II. *Nombre.* — Dans la plupart des cas le kyste primitif est unique (Obs. I), mais on a trouvé des poches multiples (Obs. III); dans le cas rapporté par Charcot, il existaient deux kystes sans communication entre eux. Il importe de noter que cette multiplicité est fréquente dans le cas de kystes greffés secondairement dans le bassin si bien qu'ils peuvent être disséminés dans tout l'abdomen (Obs. IX).

III. *Forme.* — Ils ont un aspect assez caractéristique : ce sont des poches arrondies, d'un blanc nacré, (les tumeurs disséquées par Charcot étaient régulièrement sphériques de 6 centimètres de diamètre chacune). La forme devient plus irrégulière quand le kyste augmente de volume, étant obligé plus ou moins de se mouler dans l'espace laissé libre du bassin (Obs. I).

IV. *Volume*. — Il est rare que l'on observe des kystes pelviens avant qu'ils aient atteint un certain volume aussi leur grosseur peut-elle varier de celle d'une noix à celle d'une énorme masse remplissant tout le bassin ou même l'abdomen. Plus ils sont nombreux, plus ils sont petits. Dans le cas de la jeune fille de l'observation VII, il y avait des centaines de petits kystes variant de la grosseur d'un pois à celle d'une prune.

Ils présentent en général des dimensions différentes quand ils sont multiples. A côté d'un kyste de la dimension d'une tête d'adulte on en trouve d'autres de la grosseur d'une graine de raisin ou d'une noix (Obs. III).

Ainsi ils peuvent devenir très gros, acquérir le volume d'une tête d'enfant ou d'adulte et au-delà parfois, par suite dépasser la cavité pelvienne, remonter vers l'abdomen, seul point où ils ne rencontrent pas de résistance, et atteindre le niveau de l'ombélic.

V. *Structure et Contenu*. — Ils ne diffèrent pas de celui des kystes hydatiques des autres régions. Nous n'étudierons que brièvement les parois et le contenu.

1) *Paroi*. Elle est essentiellement constituée par la *membrane cuticulaire*, blanchâtre, formée de chitine. Elle est normalement imperméable aux germes les plus ténus, mais les substances cristalloïdes et colloïdes peuvent la traverser ; sa surface interne est tapissée par la *membrane prolifère* ou germinale qui bourgeonne et donne naissance aux vésicules prolifères ; sa surface externe, dans le cas de kyste pelvien, est entourée d'une enveloppe de tissu cellulaire sous péritonéal, qui devient

épais, fibreux, très résistant, et l'unit solidement aux organes voisins.

2) *Contenu*. Il est semblable à celui de tout kyste hydatique. Il est essentiellement constitué par un liquide clair dans lequel nagent des *vésicules filles* et petites filles ou *hydatides* qui sont des éléments macroscopiques, et, d'autres éléments microscopiques : *les capsules proligères*, *les scolex* (petits têtes de ténia) et *les crochets*, qui constituent ce que Dévé a appelé « *le sable hydatique* ».

Rappelons au passage que ce liquide reste clair comme l'eau de roche tant que l'hydatide est vivante, qu'il renferme avec divers sels une *toxialbumine* qui causerait les accidents d'anaphyllaxie qui suivent la rupture du kyste. De plus, ce liquide est normalement stérile, mais si l'on y introduit des microorganismes, ceux-ci trouvent dans ce liquide un excellent milieu de culture. D'où évolution possible du kyste vers la suppuration.

VI. *Rapports*. — Les rapports du kyste pelvien sont des plus intéressants à étudier, car ils nous expliquent la plupart des troubles causés par la tumeur. Nous allons passer successivement en revue les différents organes du petit bassin qui sont en rapport avec elle, mais remarquons aussitôt que ces kystes adhèrent toujours assez intimement avec les organes du voisinage ; ce fait a son importance, car il explique la difficulté de la décortication complète au moment de l'intervention (Obs. I).

1) *Péritoine*. Tout d'abord quels sont les rapports qu'affecte le péritoine avec la tumeur ?

Ces kystes paraissent développés dans le tissu cellu-

laire sous-péritonéal. Devé, qui n'admet que l'hypothèse d'échinococcose secondaire, prétend que ce n'est là qu'une apparence; pour lui, le germe échinococcique est primitivement extra-péritonéal. Il provoque autour de lui un exsudat fibrineux qui se recouvre d'une surface endothéliale. Le kyste paraît alors passer sous le péritoine. Toujours est-il que le péritoine pelvien lisse et brillant tapisse la face supérieure de la tumeur et se laisse aisément décoller surtout en arrière vers le rectum.

Dans certains cas, surtout lorsque le kyste est le siège de phénomènes inflammatoires chroniques le péritoine tend à s'épaissir et à former des *adhérences*. Il défend ainsi sa cavité contre la pénétration du liquide kystique comme il la défend contre le sang dans le cas d'hématocèle ou le pus dans la pelvi-péritonite.

Le cul-de-sac de Douglas est complètement effacé par suite du soulèvement de la muqueuse péritonéale par le kyste.

Dermigny remarque qu'en avant « Le kyste sépare aisément la séreuse péritonéale du cul-de-sac vaginal postérieur et du col utérin, mais moins facilement du corps même de la matrice. Aussi, en augmentant de volume, la tumeur dévie généralement de la ligne médiane pour soulever l'un ou les deux feuillets postérieurs du ligament large. »

2) *Utérus et Vagin*. Lorsque le kyste atteint un certain développement, l'utérus est porté en haut et en avant toujours plus ou moins déformé, parfois dévié (antéflexion) puis finit par contracter des adhérences plus ou moins intimes avec la tumeur (Obs. I). Sous l'influence

de la compression prolongée, sa paroi s'amincit et le kyste peut finalement s'ouvrir dans la cavité utérine, c'est le cas d'une malade de Schwartz.

Le vagin subit lui aussi une importante modification : applati dans le sens antéro-postérieur (Obs. VIII), parfois dévié de la ligne médiane, il est ordinairement tiraillé, un peu allongé.

3) *Organes urinaires*. Lorsque la tumeur augmente de volume, la vessie elle-même est comprimée contre le pubis, les uretères sont déviés, coudés, parfois dilatés.

L'urèthre lui-même présente parfois un aplatissement et une déviation. Nous expliquons ainsi les difficultés du cathétérisme signalées chez certaines de ces malades.

4) *Ovaires et Trompes*. Les annexes sont tendus au-dessus de la tumeur (Obs. I) et contractent plus ou moins des adhérences avec elle. Tantôt les ovaires restent intacts, tantôt ils sont englobés dans le kyste et comprimés entre lui et la paroi utérine. Enfin, dans certains cas, à la suite de pelvi-péritonite, les annexes se trouvent fusionnés avec la tumeur hydatiques par des adhérences nombreuses. Ces adhérences peuvent d'ailleurs, dans quelques cas, envahir jusqu'aux anses intestinales (Obs. I).

5) *Rectum*. Du côté du rectum, on voit, sous l'influence de la pression exercée par la tumeur, se produire une hypertrophie des fibres musculaires ; puis les tuniques du rectum deviennent le siège d'une inflammation chronique ; les veines hémorroïdales deviennent variqueuses sous l'influence de la compression. Enfin, les

parois du rectum aplaties et repoussées contre le sacrum peuvent arriver à s'amincir et à se perforer.

6) *Plancher pelvien*. Il est rarement envahi. Lemaire cite le cas d'une grosse tumeur qui refoulait le releveur de l'anus et faisait saillie sous le périnée, mais on ne connaît pas de cas de kyste pelvien qui se soit ouvert à la peau du périnée.

SYMPTOMES

I. — DÉBUT

Le début est, en général, difficile à préciser, les kystes hydatiques se développent avec une extrême lenteur et, on doit admettre que beaucoup de kystes chez l'adulte ont commencé leur évolution dans l'enfance. Pour Dédé, qui n'envisage toujours que l'hypothèse de l'échinococcose secondaire, c'est bien dans l'enfance qu'il faudrait parfois aller chercher ce début. Les enfants, bien plus que les adultes, vivent dans l'intimité des chiens, si bien que l'échinococcose n'est pas rare dans l'enfance. « Or, cet âge n'est-il pas aussi celui des coups, des chutes et des cabrioles ? et ne peut-on pas se demander si certains kystes pelviens manifestement secondaires n'ont pas eu pour point de départ une rupture survenue dans l'enfance. »

Certains petits signes, sur lesquels ont insisté Bouilly et Dieulafoy, en particulier l'*urticaire*, qui seraient liés à l'intoxication hydatique, passent alors inaperçus. Le plus souvent, qu'il s'agisse de kystes pelviens primitifs ou secondaires la tumeur se développe sans que la malade éprouve de la douleur ni même de la gêne et le kyste peut parfois acquérir un certain volume sans influencer l'état local encore moins la santé générale.

La première manifestation clinique est extrêmement variable : ce sont les *troubles vésicaux* qui ouvrent le plus souvent la scène et incitent la malade à appeler le médecin. Quelquefois la douleur, rarement les troubles digestifs (constipation).

Dans certains cas, c'est d'une façon brusque et subite qu'éclatent des symptômes très menaçants, tel le cas rapporté par Villard en 1878 où l'allure clinique éveillait l'idée de rupture d'une grossesse extra-utérine.

Dans des cas assez fréquents, c'est pendant une grossesse ou le travail de l'accouchement, qu'on reconnaît l'existence d'une tumeur rétro-utérine. Ou bien, c'est par hasard, par un toucher vaginal fait pour un tout autre motif qu'on découvre la tumeur. Elle n'est parfois qu'une trouvaille d'autopsie comme dans le cas de Charcot.

Quoiqu'il en soit de ce mode de début, il est de règle néanmoins qu'après une période de latence, qui peut durer plus ou moins longtemps, ces tumeurs pelviennes doivent causer à la malade des troubles fonctionnels faciles à prévoir par les notions anatomo-pathologiques exposées plus haut. « Il est en effet aisé de comprendre qu'un kyste qui est logé dans la cavité osseuse qu'est le bassin au centre des organes importants qui y sont contenus n'a pas besoin d'être très volumineux pour amener des troubles parfois précoces. » (Dévé). Ces signes fonctionnels sont d'ailleurs communs à toutes les tumeurs enclavées dans le bassin : à côté d'une gêne dans la marche nous citerons la douleur, la constipation, les troubles vésicaux et les troubles menstruels qui forment un ensemble de signes assez constants qui caractérisent la période d'état.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT

1) *Signes subjectifs*

A) *La Douleur.* La douleur est un des signes fonctionnels des plus fréquents et souvent des premiers en date. Elle revêt diverses formes : la malade ne peut éprouver que des *douleurs assez obtuses* mais continuelles dans le bas-ventre avec sensation de pesanteur, souvent irradiées à la région lombaire, d'autres fois ce sont des douleurs intermittentes sous forme d'élancements pénibles, si bien qu'à côté des douleurs continues il en est qui surviennent sous forme de crises qui s'accompagnent parfois de vomissements et de constipation (Lemaire). Souvent ces crises correspondent avec la période menstruelle. Ces douleurs sont sans doute imputables à des poussées de pelvi-péritonite en l'absence de toute inflammation intrakystique (Dermigny) ou à une simple irritation circonscrite du péritoine par suite des tractions exercées sur la séreuse par cette tumeur.

Enfin notons avec Lemaire que ces douleurs parfois très vives vont en s'accroissant tant que la tumeur reste confinée dans la cavité pelvienne. Elles diminuent au contraire dès que le volume du kyste le force à envahir la cavité abdominale.

B) *La Constipation.* En même temps que la douleur et parfois avant elle se manifeste une constipation plus ou moins opiniâtre due à la compression de la tumeur sur le rectum. Elle résiste souvent aux purgatifs. Avec la marche de l'affection la constipation se fait de plus en

plus tenace. Les gardes-robes sont très douloureuses, les efforts restent parfois infructueux mais on a rarement de l'obstruction complète, d'ailleurs, cette constipation peut alterner avec des périodes de diarrhée.

C) *Les troubles urinaires.* Ces troubles sont le plus souvent notés dans les observations de kystes hydatiques pelviens. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, ce sont parfois les premiers en date ou tout au moins ceux qui attirent spécialement l'attention de la malade.

C'est pour rétention d'urine que la malade de notre observation I fait appeler le médecin et que celui-ci est amené à faire le diagnostic de tumeur pelvienne.

En général, la malade éprouve d'abord des douleurs plus ou moins vives en urinant (cas de Frund, Mayer), puis succède la pollakiurie, enfin s'installe la *dysurie* qui est le symptôme le plus constant. Faut-il en attribuer la cause à la cystite du col vésical ou à la compression de l'urèthre, comme dans le cas de Mayer où l'utérus et la vessie se trouvaient refoulés en haut vers la cavité abdominale et où l'on pouvait nettement constater une compression de l'urèthre contre la symphyse pubienne. Les deux éléments interviennent dans nombre de cas. Quoiqu'il en soit, la vessie, comprimée par l'utérus, qui, lui-même est refoulé en avant par la tumeur, est troublée dans son fonctionnement. La dysurie offre cependant des degrés variables avec les malades : Une malade éprouve de la difficulté à émettre ses urines mais la surmonte par des efforts d'une façon continue ; une autre, après une période de dysurie, traverse une phase où la miction est relativement facile. Le plus habituellement, la dysu-

rie est progressivement croissante et aboutit à la *réten-*
tion avec toutes ses conséquences.

D) *Les troubles menstruels.* Les modifications de la menstruation sont plus rares que les troubles urinaires et n'offrent souvent rien de caractéristique, néanmoins, dans le cas rapporté par Villard ce sont bien les troubles menstruels qui ouvrent la scène au point d'en imposer pour une hématocele rétro-utérine : Il s'agissait d'une femme de 32 ans, mère de quatre enfants, qui avait été bien réglée jusqu'à ce jour. Elle a un retard de 15 jours dans l'apparition de ses règles, qui sont moins abondantes que de coutume, et s'accompagnent de violentes douleurs dans le dos et le bas ventre, au point de l'obliger à garder le lit. Elle garde ensuite des pertes continuelles de sang noirâtre mais peu abondantes. En réalité on avait affaire à un kyste hydatique.

Parfois, on note des phénomènes de *dysmenorrhée*. C'était le cas d'une patiente de Freund, femme de 28 ans, chez qui la dysmenorrhée était le symptôme dominant.

Plus rarement, il y a de l'*amenorrhée* ; ces troubles peuvent être attribués aux adhérences contractées par l'ovaire avec le péritoine qui recouvre la tumeur, Duvelius rapporte un cas où les règles, temporairement supprimées, ont reparu après l'intervention avec leur abondance et durée normales.

2) *Signes Objectifs*

Les signes subjectifs qui traduisent une compression des divers organes du petit bassin de la femme engage le médecin à pratiquer l'examen physique, en particulier le

toucher vaginal qui est parfois difficile et douloureux. Il permet de constater que le col de l'utérus est élevé et surtout refoulé vers la symphyse pelvienne. Ceci était très net dans le cas qu'il nous fût donné d'observer par nous-mêmes (Obs. I). Le cul-de-sac vaginal postérieur est rempli par une *tumeur de volume variable* dont la surface est lisse et uniforme. La pression digitale est à peine douloureuse.

Par le *toucher vagino-rectal* combiné, on apprécie plus facilement sa consistance.

Par le *palper abdominal combiné* avec l'exploration interne, on délimite nettement la tumeur ; on arrive ainsi à évaluer son volume et à apprécier ses rapports avec l'utérus. « Elle affecte avec la matrice des connections variables ». (Dermigny). Tantôt on sent très bien qu'elle est indépendante de l'utérus, tantôt elle abaisse profondément le cul-de-sac de Douglas et semble appliquée contre la face postérieure du col. Mais le plus souvent, quand il s'est produit des poussées inflammatoires péri-kystiques et que la tumeur a déjà acquis un certain volume, celle-ci semble fusionnée avec toute la moitié postérieure du corps et du col de l'utérus. C'est ainsi que chez la malade de notre observation I, par le toucher vaginal combiné au palper abdominal il était impossible de distinguer le corps de l'utérus de la tumeur.

Par ce moyen, on se rend compte aussi du siège de la tumeur : elle occupe le petit bassin dans lequel elle se trouve *enclavée* par suite des adhérences qu'elle contracte avec les organes voisins.

Dès lors, il est impossible de la repousser vers la

cavité abdominale ou de lui imprimer des mouvements dans la cavité pelvienné. Ce *peu de mobilité* de la tumeur est un signe très important presque caractéristique des kystes hydatiques pelviens. Tantôt elle est situé sur la ligne médiane, tantôt elle est déviée, de côté vers un des ligaments large.

Enfin la palpation permet de reconnaître dans les cas les plus fréquents d'échinococcose pelvienne secondaire, l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs kystiques dans l'abdomen. Sachant que le kyste hydatique pelvien primaire est très rare, il importe donc de rechercher les signes physiques d'un kyste concomittant siégeant en particulier dans le foie ou bien même dans d'autres organes.

Notons au passage que le frémissement hydatique, n'a jamais été observé dans cette variété de kyste.

De tous ces signes, aussi bien subjectifs qu'objectifs, aucun n'appartient en propre au kyste hydatique du bassin chez la femme. Ils peuvent se rencontrer dans toute humeur enclavée dans le bassin. Il existe un seul signe vraiment pathognomonique : c'est l'*expulsion spontanée d'hydatides* par le vagin ou le rectum. Mais ce signe, comme la rupture du kyste qui le précède est rare.

EVOLUTION. — COMPLICATIONS

L'évolution de ces kystes pelviens ne diffère pas de celle des kystes hydatiques en général, elle ne doit les quelques particularités qui la distinguent qu'au siège spécial occupé par la tumeur.

Si le kyste est abandonné à lui-même, il peut, comme tout kyste hydatique, aboutir à la guérison spontanée, à l'infection et la suppuration ou à la rupture spontanée. S'il est opéré, des récidives sont toujours à craindre.

I. — EVOLUTION SPONTANÉE

La *Guérison spontanée* peut se voir, mais est exceptionnelle. Aussi ne faut-il pas trop espérer la mort des hydatides qui seraient tuées, d'après Freund, par « compression ». Et puis quand bien même le kyste serait mort et même calcifié ne déterminerait-il pas des troubles assez marqués pour justifier une intervention parfois ?

La *suppuration* succède à l'*infection* : il peut se faire que des bactéries envahissent la membrane adventice et se multiplient entre cette membrane, et la paroi cuticulaire de l'hydatide. La réaction inflammatoire qui se produit, tue ce parasite et la membrane cuticulaire alté-

rée laissent alors passer les germes microbiens qui trouvent dans le liquide du kyste un milieu de culture parfait. D'une façon plus simple, une suppuration peut s'établir à la suite d'une ponction exploratrice insuffisamment aseptique.

Les phénomènes cliniques qui traduisent l'inflammation et la suppuration du kyste ne se manifestent pas toujours de la même façon.

Chez la malade de Trousseau on voit : « la tumeur d'abord indolente devenir tout à coup le siège de douleurs vives, lancinantes, que la plus légère pression exagère, la malade est en même temps prise de frissons, de fièvre, de nausées, de vomissements ». Ces accidents s'amendent, puis, au bout de quelque temps, les vésicules hydatiques s'échappent par l'anus, mêlées à une sanie sanguinolente. Chez une autre malade « les phénomènes généraux et locaux, au lieu de s'amender, augmentent en intensité : les douleurs deviennent plus aiguës, le ventre est ballonné, tendu, le pouls devient misérable, de plus en plus accéléré, la prostration s'accroît et la malade ne tarde pas à mourir dans le marasme, malgré l'ouverture spontanée produite par une déchirure du cul-de-sac vaginal. » (Observation rapportée par F. Villard, en 1878).

La *Rupture* succède parfois à la suppuration comme nous le montre les deux exemples précédents. Elle est précédée alors par des manifestations fébriles. Mais elle peut être spontanée : par suite de l'augmentation du nombre des hydatides, les parois du kyste sont devenues l'objet d'une tension excessive et vont se rompre à l'occasion d'un traumatisme occasionnel.

La rupture *dans la cavité péritonéale*, à la suite de la suppuration, est rarement signalée, peut-être parce que les adhérences péri-kystiques sont très résistantes. Ce serait une complication des plus redoutables, à cause d'une péritonite généralisée toujours à craindre. Quand la rupture se produit à l'occasion d'un traumatisme, alors même que la poche est absolument aseptique ; deux variétés d'accidents apparaissent alors, comme après la rupture de certains kystes hydatiques du foie : accidents d'*anaphylaxie hydatique*, accidents d'*échinococcose secondaire*. Nous les étudions à propos des suites opératoires, et nous ferons simplement remarquer ici que ces symptômes varient d'intensité avec les malades.

La rupture dans la *vessie* est rare, car la tumeur doit avoir un certain volume pour rentrer en contact avec cet organe dont elle est séparée en général par l'utérus. Mais dans le cas de kystes secondaires multiples remplissant toute la cavité pelvienne, cette complication est survenue. Elle se révèle par la présence d'hydatides dans l'urine (Obs. XII), parfois par une hémorragie vésicale.

Des auteurs allemands (Freund, Küchenmeister) ont mentionné la perforation de la paroi postérieure de l'*utérus*.

Mais c'est dans le *vagin* et surtout dans le rectum que les collections kystiques font le plus souvent irruption.

Dans l'observation rapportée par Villard, dont nous parlons plus haut, l'ouverture s'est faite dans le cul-de-sac vaginal postérieur et a provoqué une déchirure large, anfractueuse, à travers laquelle tout le contenu du kyste s'échappa.

Comme exemples d'ouverture dans le *rectum*, nous

citerons le cas de Trousseau et celui de Charcot, et notre observation XII. Presque toujours, la perforation rectale fait suite à une ulcération plus ou moins grande, siégeant à une distance variable de l'orifice anal. Chez la femme disséquée par Charcot, à l'amphithéâtre de Clamart, l'ulcération était arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, et elle avait un diamètre de un centimètre et demi.

La *fistulisation* est presque toujours la règle à la suite de la rupture d'un kyste hydatique pelvien qu'il soit suppuré ou non. Le contenu du kyste, s'il n'est pas suppuré, ne tarde pas à s'infecter, car la perforation est une porte à l'infection. Le plus souvent, la suppuration revêt alors un caractère de chronicité qui lui enlève toute tendance à la guérison spontanée. Il en résulte la production d'une fistule permanente.

Puis la malade s'affaiblit, se cachectise et meurt avec tous les accidents qui accompagnent les suppurations chroniques.

Dans quelques cas, l'échinococcose semble se généraliser. Des tumeurs hydatiques multiples se révèlent. La malade à son état général profondément touché : elle maigrit progressivement, se cachectise avec la teinte des tumeurs malignes de l'abdomen. L'anorexie devient progressive. Ce syndrome constitue une véritable *cachexie hydatique* qui a été attribuée à la diffusion dans l'organisme des toxalbumines contenues dans la poche hydatique. La malade de l'observation XII nous en offre un exemple.

II. — EVOLUTION POSTOPÉRATOIRE

Si le kyste pelvien est enlevé chirurgicalement, la malade peut se trouver guérie définitivement sans incidents notables (Obs. II, III, etc.).

Mais tous les cas ne sont pas aussi favorables et l'on doit citer deux sortes d'accidents post-opératoires. Les uns, et ce sont en général les plus bénins, se déclanchent aussitôt après l'opération : ils constituent ce que Devé a appelé l'intoxication hydatique post-opératoire. Les autres, beaucoup plus à redouter, ne se manifesteront qu'à la longue : nous voulons parler des récidives qui traduisent l'échinococcose secondaire post-opératoire.

L'*intoxication hydatique* de Devé (Revue de Chirurgie, mai 1911), doit être attribuée à l'heure actuelle à des phénomènes d'*anaphylaxie hydatique*. Chauffard et Boidin ont montré que tout sujet porteur d'un kyste hydatique peut être considéré comme anaphylactisé par les toxines hydatiques qui diffusent lentement de la poche kystique, toute pénétration de liquide hydatique dans une séreuse telle que le péritoine, capable de le résorber rapidement, pourra agir comme une véritable *injection déchainante* et provoquer l'apparition des symptômes habituels du choc anaphylactique : lipothymies, dyspnée, vomissements, éruption généralisée d'urticaire ; notre malade de l'observation I eut un état de *schock* — particulièrement marqué dès son opération. Ces phénomènes sont souvent discrets et rarement mortels.

Les *récidives post-opératoires* sont beaucoup plus fréquentes et par suite beaucoup plus à craindre. Elles sont

dues, sans nul doute, à la rupture du kyste qui met en liberté dans le péritoine les vésicules filles et les scolex, plutôt qu'à un minuscule kyste que l'on aurait laissé dans l'abdomen. Il est bien prouvé aujourd'hui que les vésicules filles (véritables kystes en miniature) et les scolex, ces minuscules petites têtes de ténia, éssaimés pendant l'opération peuvent se développer au point où ils se sont fixés et donner naissance à autant de nouveaux kystes.

Nous avons déjà vu dans un chapitre précédent que l'échinococcose abdomino-pelvienne est une maladie récidivante et parfois assez décevante pour le chirurgien. Péan, dans ses cliniques chirurgicales, en 1894, frappé de la récidivité de ces kystes hydatiques de l'abdomen ou du bassin, ne croyait pas à leur guérison. Il les assimilait comme évolution aux tumeurs malignes. A cette époque, M. Goullioud avait eu l'occasion d'opérer (1892) une malade (Obs. X) dont le grand épiploon était farci de kystes hydatiques (1200 gr.) ; puis deux ans plus tard de réintervenir chez elle, sur des kystes du petit épiploon, puis sur une récurrence pelvienne. Vivement intéressé par le sujet, et frappé de l'opinion de Péan, il se proposa donc de suivre cette malade. En effet, il la revit de loin en loin jusqu'à son décès survenu, en 1917, d'affection intercurrente. En mai 1912, en particulier, il avait pu l'examiner avec soin et constater qu'elle était absolument guérie de son échinococcose abdominale et pelvienne.

La guérison est donc possible dans ces cas de kystes multiples récidivants mais par des opérations successives. Notre observation XI, d'un chirurgien australien, est

typique à cet égard, puisque la malade en question subit quatre interventions à plusieurs années d'intervalle, avant d'arriver à la guérison.

III. — EVOLUTION DU KYSTE PENDANT LA GROSSESSE

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer le côté obstétrical de notre question, nous devons cependant signaler, d'après la littérature médicale sur ce sujet, l'influence réciproque exercée l'un sur l'autre par la grossesse et le kyste hydatique.

Pour certains auteurs, la *grossesse* exerce une influence directe sur le développement des kystes hydatiques du bassin. Larre, disait déjà, en 1895 : « La grossesse agit directement sur la tumeur, en favorisant l'infection parasitaire et en activant son développement. Nous savons que la grossesse entraîne deux modifications importantes dans la circulation du petit bassin, elle active la circulation artérielle et gêne celle des gros troncs veineux qui se déchargent au profit des veines de la paroi. L'hypervascularisation a pour effet de charrier en plus grand nombre les parasites vers la ceinture pelvienne tout en apportant une plus grande quantité d'aliments à la tumeur. » Cet opinion n'est cependant pas partagée par tous les auteurs. Mais ce qu'il y a de certain c'est que la grossesse devient souvent la cause révélatrice d'un kyste hydatique par le coup de fouet qu'elle imprime à son développement : en fait elle amène des poussées inflammatoires qui augmentent rapidement le volume du kyste et modifient son contenu. C'est ce qui ressort du mémoire de Frauta « *sur les kystes hydatiques*

du bassin et de l'abdomen au point de vue dystocie ».

Très souvent, cependant, ces kystes sont supportés d'une façon remarquable pendant la grossesse, mais quelquefois, l'attention est attirée par des signes de compression du côté des organes du petit bassin, nécessitant l'intervention ou par des symptômes généraux graves. C'est ainsi que dans certains cas, on a pu voir survenir des accidents d'intoxication hydatique. Les phénomènes observés peuvent alors en imposer pour des signes d'intoxication gravidique, avant-coureurs de l'éclampsie (Bar).

Des accidents beaucoup plus graves encore ont pu se produire pendant la grossesse, telles sont la suppuration du kyste hydatique et la rupture dans les organes voisins ou le péritoine.

Avec *le travail*, commencent les phénomènes de dystocie : la dilatation est gênée : le col rejeté très haut et très en avant, se dilate lentement, péniblement, parce qu'il est comprimé contre la symphyse pubienne par la tumeur. L'engagement, entravé par la présence du kyste, ne se fait pas. La présentation reste élevée, parfois inaccessible. On a signalé alors des cas de rupture utérine pouvant entraîner la mort rapide de la mère et de l'enfant.

D'un autre côté, le kyste peut se rompre pendant le travail et évacuer son contenu dans le voisinage ; il peut aussi être expulsé au devant de la présentation fœtale, par une déchirure faite dans la paroi vaginale.

De toute façon, le pronostic est grave et l'indication de l'intervention se pose *pendant l'accouchement* : ce kyste hydatique pelvien est un obstacle immuable,

que l'on est obligé de tourner par une *opération césarienne*, si le diagnostic a été fait suffisamment à temps, ou bien de détruire par des interventions d'urgence (*ponction, incision vaginale*). Aussi la mortalité, pendant l'accouchement, est-elle assez élevée (37 % pour Bar et Dambrin).

Suites de couches. Le plus souvent, les suites de couches sont pathologiques : très fréquemment le kyste suppure et vient s'ouvrir dans les organes voisins. Cette suppuration s'explique par une *infection* venue du dehors (*ponction*) ou développée sous l'influence de l'infection puerpérale transmise par voie sanguine ou par voie lymphatique (Frauta).

Lorsque le kyste hydatique n'a pas suppuré on le voit quelquefois devenir très douloureux, cela s'explique par les altérations inflammatoires péri-kystiques qui finissent par provoquer des adhérences de la tumeur avec les organes voisins.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des kystes hydatiques du bassin est en général difficile à établir. Comme dans toutes les affections rares c'est déjà une grande difficulté que d'y penser, et de plus ici les signes vraiment pathognomoniques manquent. Le plus souvent, on croit à un fibrome utérin, à un kyste ovarien enclavé dans le bassin et le diagnostic n'est réformé qu'au cours de l'acte opératoire.

Freund, qui publia jadis un important mémoire sur la question, prétend que le « diagnostic précoce est ordinairement facile à faire ». Nous ne partageons nullement l'optimisme de Freund et considérons que même « lorsqu'on constate dans le Douglas la présence d'une tumeur lisse, bien arrondie, indolente, sans connections avec l'utérus et les annexes », l'hésitation est toujours de règle. Freund lui-même n'a-t-il pas commis plusieurs erreurs de diagnostic ?

Si nous parcourons les diverses observations de kystes hydatiques pelviens chez la femme rapportées dans la littérature médicale, nous constatons des affections bien différentes qui ont pu être confondues avec ces tumeurs hydatiques. Passons en revue les principales d'entre elles :

1) *Affections de l'ovaire*. La distinction entre un kyste hydatique pelvien, et un *kyste de l'ovaire* est quelquefois très difficile à établir. Dans le cas de notre malade de l'obs. I, M. Goullioud pensait à un kyste enclavé de l'ovaire plutôt qu'à un fibrome, la malade ayant passé la ménopause. Si la plupart des kystes ovariens remontent en général plus vite dans l'abdomen, il en existe qui restent enclavés dans le bassin ; si bien que ces deux variétés de tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, les mêmes caractères physiques, la même absence de phénomènes généraux. Dans ce cas, la ponction exploratrice seule permettrait de faire le diagnostic, mais elle ne se'emploie plus à l'heure actuelle.

Nous pourrions faire des réflexions analogues sur les *Kystes dermoïdes des ovaires*, qui sont, en général, moins volumineux que la tumeur hydatique.

Le *cancer des ovaires* s'accompagne d'ascite et d'altération rapide de l'état général ce qui permet de faire le diagnostic.

2) *Affections des annexes de l'utérus*. On a pris quelquefois les kystes hydatiques pelviens pour les *salpingites* ou des salpingo ovarites (cas de Ferval). Mais, dans ces dernières affections on constate en général une douleur localisée dans les culs-de-sac latéraux du vagin et qui s'exaspère par le toucher, le palper abdominal, ainsi qu'au moment des règles. En outre, chez des femmes atteintes de salpingite, on voit à des intervalles parfois réguliers des poussées inflammatoires fébriles ayant tous les caractères de phénomènes péritonéaux, on ne voit rien de semblable dans kystes hydatiques.

Dans d'autres circonstances, le début se faisant brusquement, les accidents devenant rapidement alarmants, tout fait croire à une *hématocèle rétro-utérine*. Des cliniciens tels que Trousseau ont pu s'y tromper, et de fait lorsqu'un kyste hydatique resté silencieux, passé inaperçu, vient de s'enflammer, que ces manifestations douloureuses coïncident avec la période menstruelle, l'erreur est pour ainsi dire fatale. (Lemaire).

3) *Affections utérines*. A) Si la femme n'est pas enceinte le diagnostic différentiel doit être fait avec le *fibrome utérin* ou des ligaments larges enclavé dans le bassin. Il y a peu de mobilité de la tumeur dans les deux cas mais les hémorragies, fréquentes dans le fibrome, sont très rares dans les kystes hydatiques pelviens qui ne s'accompagnent en général que de troubles légers du côté des règles.

Etant donné que l'on doit tenir compte que ces tumeurs fibreuses sont bien plus fréquentes que les kystes hydatiques, si l'examen révèle l'existence d'une tumeur paraissant adhérente à l'utérus on ne fera pas le diagnostic de kyste hydatique.

Signalons au passage le cas de la malade observée par Leudet (1856) où les symptômes firent penser à une simple rétroversion utérine.

B) Lorsque la femme est enceinte, les kystes hydatiques pelviens coïncidant avec les signes de probabilité de grossesse ont pu en imposer pour une *grossesse extra-utérine* (Obs. de Villard) ou une *môle hydatiforme* (Walther). Mais l'évolution de ces deux affections est caractéristique et nous n'insisterons pas sur leur diagnostic.

Notons qu'une erreur plus souvent commise est de prendre ces kystes pour *une grossesse au début*. On s'explique un peu cette erreur avant l'établissement des signes de certitude de grossesse, car dans les deux cas, on peut noter la suppression des règles et des troubles digestifs, mais elle n'est plus possible à une période un peu plus avancée de la gestation, dès l'apparition des mouvements actifs du fœtus.

Affections du vagin. — Les kystes muqueux du vagin, reconnaissables au toucher ont rarement prêté à confusion avec les kystes hydatiques pelviens.

Suppuration du kyste. Dans le cas de kyste suppuré, il est alors facile de le confondre avec un abcès quelconque, le diagnostic différentiel ne sera possible qu'après l'expulsion de vésicules, de crochets ou de débris de membrane qu'il sera facile d'examiner au microscope.

II. — DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE

Cette étude de diagnostic différentiel que nous venons de faire, nous montre que nombre d'affections peuvent être confondues avec le kyste hydatique pelvien. Dans la plupart des cas, le diagnostic reste en suspens.

Ce sont surtout les commémoratifs qui nous permettront de penser à l'existence de kystes hydatiques. En interrogeant attentivement la malade, on peut découvrir, qu'à une certaine époque, elle a présenté des symptômes (accidents péritoneaux, urticaire, etc.), qui pourraient indiquer la rupture d'un kyste hydatique primitif (Dévé), à la suite de laquelle des greffes sont tombées dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans le cas où la malade a déjà été opérée pour un kyste hydatique abdominal on redoute toujours les récives et pour cela on a l'attention éveillée sur toute tumeur kystique qui vient à apparaître dans l'abdomen et plus spécialement dans le bassin. C'est ainsi que M. Goullioud pensa à une récive pelvienne de kyste hydatique chez sa malade de notre observation X.

Mais en règle générale, l'étude des symptômes seuls ne suffit pas à lever les doutes : il ne faut pas trop compter sur le *frémissement hydatique*, que l'on considère habituellement comme pathognomonique, nous savons qu'il fait presque continuellement défaut dans le kyste hydatique pelvien.

On a préconisé d'autres moyens de diagnostic : ce sont, d'une part, des méthodes d'exploration, la ponction exploratrice et la laparotomie exploratrice ; d'autre part, des méthodes expérimentales : recherche de l'éosinophilie, réaction de déviation du complément.

On ne craignait pas autrefois, pour confirmer le diagnostic, de pratiquer une *ponction exploratrice*, mais c'est un procédé à peu près délaissé aujourd'hui, car il est trompeur et parfois dangereux : cette ponction était faite avec un trocart, soit par l'abdomen, soit plutôt par le vagin ou le rectum (Freund, Péan). Mais on n'est jamais sûr de la nature du contenu du kyste : « un liquide septique peut s'écouler dans le péritoïne et déterminer une péritonite partielle ou généralisée. » (Benoit).

De plus il était fréquent que l'inflammation et la suppuration de la poche kystique succède à cette exploration. Quand à la *ponction capillaire* par voie vaginale ou rectale, elle offre peut-être moins de dangers, mais ne donne

souvent aucun résultat, car les vésicules filles qui sont le plus souvent très nombreuses peuvent obstruer l'aiguille et la ponction ne ramène aucun liquide.

La *laparotomie exploratrice* a été préconisée par Brosse, mais il ne semble pas que l'on doive la ranger parmi les moyens de diagnostic ; elle constitue un mode de traitement et doit être considérée comme tel. La laparotomie est le premier temps de l'ablation des kystes hydatiques pelviens et c'est l'intervention de choix pour ces tumeurs.

Le diagnostic des kystes hydatiques en général peut être facilité aujourd'hui par d'autres méthodes expérimentales : tirées de l'examen du sang, ce sont l'éosinophilie et la réaction de fixation de complément.

L'*éosinophilie* est un symptôme fréquent dans les maladies parasitaires et devait a priori s'observer dans les kystes hydatiques (Sabrazès). Découverte par Achard et Clerc, on avait fondé sur elle de grandes espérances. Malheureusement un grand nombre de lésion inflammatoires sont susceptibles de donner de l'éosinophilie, et c'est un symptôme inconstant dans le kyste hydatique. Il n'en reste pas moins vrai que la constatation d'une éosinophilie notable et permanente (8 à 10 %) est une indication de diagnostic intéressante (Brulé). Chauffard et N. Fiessinger admettent que le polynucléaires éosinophiles trouvés en excès dans la circulation se forment localement à l'entour de la poche kystique, mais cette opinion est très discutée. Cependant les rapports de l'éosinophilie avec l'intoxication hydatique semblent prouvés par ce fait que l'éosinophilie disparaît en quelques heures après l'intervention chirurgicale (Chauffard et Vin-

cent) ; sa persistance doit alors faire songer à l'existence d'un autre kyste hydatique resté inaperçu et plus tard à une récidue, fait qui nous intéresse tout spécialement.

La *réaction de fixation du complément de Weinberg* a une bien plus grande valeur diagnostique que l'éosinophilie, si selon la technique générale de Bordet et Gengou, on met le sérum du porteur de kyste hydatique en présence de l'antigène spécifique (liquide hydatique pris chez le mouton), ses sensibilisatrices permettent la fixation du complément ; la réaction doit être conduite comme la réaction de Wassermann et doit être effectuée avec le plus grand soin. Bien faite, elle peut être considérée comme *spécifique* en ce sens qu'elle ne se montre positive que chez les porteurs de kyste hydatique. Mais tous les kystes hydatiques ne donnent pas une réaction positive. Chauffard et Vincent admettent que la réaction est négative dans les cas où la toxine hydatique ne diffuse pas du kyste dans l'organisme. En un mot, cette méthode est précieuse mais, comme le remarque avec justesse Delbet, la technique de la réaction de Weinberg est délicate et n'est pas actuellement à la portée de tous les praticiens.

On ne voit pas habituellement noter dans les observations de kystes hydatiques pelviens, ces recherches de laboratoire, car, d'une part, la nature du kyste n'est que très peu souvent soupçonnée et, d'autre part, ces méthodes expérimentales ne sont pas à la portée de tous.

Cependant, il nous semble devoir être mises en œuvre dans certains cas, et servir en particulier à dépister les récidives.

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes hydatiques pelviens chez la femme *doit être réservé*. Nous avons vu dans un chapitre précédent que la guérison spontanée était exceptionnelle, que dans le cas de rupture spontanée dans le rectum ou le vagin, l'infection secondaire reste toujours imminente. De plus, ces kystes ont un développement pour ainsi dire fatal, tendant sans cesse à augmenter de volume et pouvant entraîner de ce fait des complications sérieuses, du côté de l'arbre urinaire en particulier : troubles vésicaux graves, dilatations des uretères et du bassinet avec toutes leurs conséquences.

L'irritation constante subie par le péritoine amène des adhérences solides qui unissent le kyste aux organes voisins et cette complication assombrit le *pronostic de l'opération* qui, en pareil cas, est toujours laborieuse et souvent « fertile en accidents plus ou moins fâcheux tel que les hémorragies, la perforation intestinale, la section d'un uretère ou la rupture du kyste dans le péritoine » (Bonnaire).

Après cette rupture, il faut redouter les *récidives* si fréquentes dans cette affection. Souvent cette tumeur hydatique évolue à la façon d'une tumeur maligne, par greffes successives à distance ou sur l'emplacement même

de la tumeur primitive. Même dans ces cas le pronostic ne doit pas être désespéré, il est possible, par des *interventions successives* d'arriver finalement à la guérison. (Obs. X et XI).

Le *traitement chirurgical*, peut donc avoir raison de la récidivité de ces tumeurs surtout si l'on y joint le formolage du kyste pendant l'opération.

En outre la *grossesse* exerce une influence fâcheuse sur ces kystes hydatiques qui augmentent rapidement de volume et deviennent ainsi le point de départ de complications multiples. De leur côté, ces kystes intra-pelvians entravent non seulement la marche de la grossesse (dans l'observation de Park, la tumeur provoqua l'avortement), mais surtout peuvent s'opposer à l'expulsion spontanée du fœtus et sont de véritables causes de dystocie (Porak).

TRAITEMENT

Le traitement médical de ces kystes par l'essence de thérébentine et le mercure n'offre plus à l'heure actuelle qu'un intérêt historique, le traitement est d'ordre chirurgical.

La *Ponction* est la première tentée parmi les interventions, mais est délaissée aujourd'hui ce n'est plus qu'un traitement d'urgence, au cours de l'accouchement. Suivie ou non d'injection modificatrice, elle se faisait selon les cas, par l'abdomen ou par le vagin. A côté des multiples inconvénients rapportés à propos de la ponction exploratrice, elle avait celui de ne pas supprimer la poche. Après la ponction, le kyste subit « une dégénérescence particulière qui s'accompagne d'un certain degré de pelvi-péritonite. Il subsiste encore une tumeur plus petite que la précédente mais souvent plus douloureuse, très gênante, capable de s'enflammer et de suppurer à la moindre occasion » (Benoit). Dermigny rapporte cependant le cas d'une malade opérée par Schwartz qui fut guérie parfaitement et n'a présenté aucune trace de récurrence.

L'*Incision Vaginale* est également aujourd'hui reléguée au rang des opérations d'urgence. L'incision de la poche par le cul-de-sac vaginal postérieur présente néanmoins

certaines avantages : elle permet l'évacuation complète du kyste (dans un cas on a même réussi à extraire par le vagin la membrane hydatique) (Wieland), elle prévient de plus toute complication péritonéale grâce à la voie ainsi ouverte qui permet un drainage facile. Mais elle n'empêche pas la suppuration et ne supprime pas le sac. Aussi peut-on voir également apparaître de la dégénérescence du sac à la suite de laquelle on observe des déviations de l'utérus et l'immobilisation de cet organe en position vicieuse, capable de nuire à un accouchement ultérieur (Lemaire).

C'est cependant par une incision vaginale suivie de drainage que M. Goullioud eut raison d'une récurrence hydatique pelvienne chez la malade de notre observation X. Mais il faut remarquer que cette intervention eut lieu il y a 25 ans, époque où les interventions par voie vaginale étaient très en honneur.

La *laparotomie* est certainement l'opération de choix. Déjà, en 1891, Tuffier dans sa communication au Congrès de chirurgie, traitant des kystes hydatiques rétro-vésicaux chez l'homme recommandait la voie hypogastrique comme la voie d'élection. « La meilleur voie d'attaque me paraît être l'hypogastre, disait-il, l'incision rectale est dangereuse à cause de l'infection ».

La voie abdominale paraît en effet la plus rationnelle, elle a l'avantage de permettre de faire une opération aseptique, de donner un jour large à l'opérateur et de faciliter l'extirpation dans le cas de kystes multiples.

On place la malade en position de Trendelenburg. Puis, une fois le ventre ouvert sur la ligne médiane, on reconnaît les organes pelviens qui sont en général refou-

lés vers le haut ; on protège soigneusement le péritoine avec des compresses, et le diagnostic fait, on procède aussitôt au *formolage du kyste*. Pour cela on ponctionnera alors la tumeur avec un trocard, relié par un tube de caoutchouc à un entonnoir stérile ; le liquide hydatique qui est sous tension dans la poche s'écoule sans qu'aucune aspiration soit nécessaire. Quand la majeure partie s'en est écoulée, on remplit la poche en versant dans l'entonnoir une solution de formol à 10 % qui, laissée 10 minutes au contact, détruit les scolex et les vésicules filles et permet d'éviter l'échinococcose secondaire, si un peu de liquide s'écoule dans le péritoine lors de l'énucléation (Quenu). Ce formolage ne peut pas toujours être fait car c'est souvent une surprise opératoire que la découverte d'un kyste hydatique pelvien. (Obs. I).

Le kyste sera ensuite *énucléé* avec sa poche, on rompt les brides souvent très vasculaires qui l'unissent aux organes voisins, et même au colon pelvien, comme dans le cas que nous avons pu observer par nous-même (Obs. I).

Dans certains cas, les adhérences sont si solides que l'énucléation du kyste est impossible et que l'on doit faire l'hystérectomie totale. (Obs. XI et I, cas de M. Goullioud).

Nous signalerons au passage les difficultés importantes de l'extirpation de la tumeur, nous voulons parler de la lésion possible des uretères. Ce conduit est parfois dévié (cas de Lemaire), parfois adhérent à la paroi même du kyste.

L'énucléation de la poche sans drainage est la technique habituellement suivie : si le kyste hydatique a un contenu clair il n'y a aucun inconvénient, après un capi-

tonnage de la poche, à suturer complètement la paroi abdominale sans drainer. Mais, s'il y a eu une hémorragie, à plus forte raison si le kyste est infecté, il sera recommandé de placer des mèches d'isolement abdominales.

Lorsque le kyste est suppuré, on lui appliquera le traitement des suppurations pelviennes : colpotomie ou laparotomie, suivant les cas, suivies de drainage. Le mieux serait de supprimer la poche s'il y a possibilité et de combiner ensuite le drainage vaginal au drainage abdominal. Mais on se contente parfois d'une *marsupialisation* simple de la poche.

Enfin, lorsqu'une *grossesse* coexiste avec le kyste hydatique, il vaut mieux le respecter s'il n'est pas trop volumineux, mais si l'on constate la présence d'une tumeur qui paraît devoir gêner le travail, il faut l'enlever chirurgicalement.

Si le diagnostic du kyste ne se fait qu'au moment de l'accouchement et si celui-ci ne peut se faire sans la rupture du kyste, il faut avoir recours dans ces cas là aux méthodes d'urgence, telles que la ponction ou, à son défaut, l'incision par voie vaginale. Si l'enfant est mort, il faut faire l'embryotomie si possible, sans toucher au kyste, de façon à éviter de créer, pendant le travail, une voie d'absorption favorable aux germes septiques.

Nous venons de voir que par l'énucléation on peut triompher du kyste primaire, mais le chirurgien doit se préoccuper de la persistance dans la poche ou de la dissémination dans la cavité abdominale de germes échi-

nococciques vivants macroscopiques ou microscopiques, capables de se greffer un peu partout sur le péritoine (Devé).

Il ne devra pas perdre de vue son opérée, et la soumettre de temps en temps à des examens répétés.

Aussi, à la présence d'une nouvelle tumeur kystique abdominale ou pelvienne, doit-il songer à la possibilité d'un *kyste hydatique récidivant*. Dans quelques cas, pour dépister les récidives, il ne nous paraît pas illogique de mettre en œuvre la recherche des réactions caractéristiques des kystes hydatiques, éosinophilie et réaction de déviation du complément qui disparaissent normalement après l'opération sans récidive. Si celle-ci se déclare on doit alors soumettre la malade à une nouvelle intervention : énucléation aussi complète que possible de la nouvelle tumeur après *formolage*, que l'on aura soin, cette fois de ne pas négliger.

C'est par des interventions successives que l'on arrive finalement à la guérison. La malade de M. Goullioud (Obs. X), après trois interventions, ne présenta plus de récidive ainsi qu'il peut s'en rendre compte par des examens successifs jusqu'à sa mort survenue 25 ans plus tard d'affection intercurrente. La malade du chirurgien australien de notre observation XI fut opérée à quatre reprises différentes avant d'arriver à la guérison.

Si toutes ces observations nous montrent l'utilité des interventions successives, elles nous démontrent en même temps la nécessité du formolage, pour éviter dans la mesure du possible des *greffes opératoires*.

Cette méthode du formolage du kyste n'a jamais été mise en œuvre dans les observations que nous rappor-

tons, car lorsque M. Goullioud opéra sa malade, en 1894, cette méthode n'était pas encore connue et les chirurgiens australiens, dont nous rapportons les observations, ne semblent pas la tenir en honneur, car jamais ils ne la signalent.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques du bassin chez la femme se localisent, pour la plupart, dans la région du cul-de-sac de Douglas.

II. — Dans quelques cas rares, les kystes de cette région semblent être primitifs, l'hydatide y étant vraisemblablement amenée par le sang ou pénétrant directement à travers la paroi rectale.

Généralement, ils sont secondaires à la rupture spontanée ou autre, d'un kyste hydatique de l'abdomen (foie, rate, épiploon...). Il s'agit souvent alors de kystes multiples de la cavité abdominale.

Parfois, ce sont des récidives post-opératoires de kystes hydatiques abdominaux ou pelviens qui se sont greffés dans le cul-de-sac de Douglas.

III. — Aucun symptôme spécial ne caractérise ces tumeurs qui donnent surtout des troubles de compression de toute tumeur enclavée dans le bassin : dysurie, dysménorrhée, constipation, douleurs.

IV. — Aussi le diagnostic d'un kyste primaire est-il rarement fait avant l'opération : on croit à un kyste ova-

rien, à un fibrome utérin et l'on découvre un kyste hydatique au cours de l'acte opératoire. Deux signes, cependant : la recherche de l'éosinophilie et la réaction de déviation du complément paraissent devoir être utiles dans certains cas, surtout pour dépister les récidives.

V. — Le pronostic de cette affection est grave, de nouvelles récidives sont toujours à craindre même après l'opération. Ces tumeurs ont la récidivité des tumeurs malignes. Mais, à la suite d'une première intervention, en surveillant la malade, en la soumettant, s'il est nécessaire, à des interventions successives, on peut arriver finalement à la guérison.

Le point de départ de notre thèse est l'observation d'une malade opérée trois fois, guérie et suivie pendant vingt-cinq ans jusqu'à sa mort.

VI. — Le traitement de choix est la laparotomie suivie de l'énucléation de la tumeur hydatique. Pour éviter les récidives, le chirurgien, dans la mesure du possible, ne devra pas négliger de pratiquer le formolage du kyste pendant l'opération.

VU :

Le Président de thèse,
CONDAMIN.

VU :

Le Doyen,

J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 11 juin 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — *Bulletin de la Soc. d'Obstétrique de Paris.* (1900. Séance du 5 juillet).
- BAR ET DAMBRIN. — De la dystocie par kystes hydatiques du Bassin (*Bull. de la Soc. d'Obst.*, Paris 1901).
- BARRET. — Acéphalocystes de la rate et du bassin. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris 1828).
- BENOIT. — Thèse de Paris 1897.
- BLONDEAU. — Ponction hypogastrique : tout le petit bassin était rempli par une tumeur hydatique. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris 1849).
- BOUILLY. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du petit bassin, laparatomie, ablation. (*Bull. de la Soc. d'Obst.* 1887).
- BOULEY. — Kyste hydatique multiloculaire du petit bassin, adhérences multiples avec les organes avoisinants : intestin utérin, vagin, etc..., adhérence de la vessie et incontinence d'urine, oblitération presque complète du vagin. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris 1881, et *Progrès Médical*, Paris 1881).
- CHARCOT. — Mémoire sur les kystes hydatiques du petit bassin. (*Mémoire Soc. de Biol.*, Paris 1852). (*Gaz. Méd. de Paris* 1852).
- In : *Œuvres complètes*, Paris 1889 (t. VIII).
- DELACOURT. — De la dystocie par kyste hydatique du bassin. (Thèse de Paris 1901).

- DERMIGNY. — Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. (Thèse de Paris 1894).
- DEVÉ. — De l'Echinococcose secondaire. (Thèse de Paris 1901).
- *Revue de Chirurgie*, 1902.
- Pseudo-tuberculose hydatique (*Archiv de Méd. Expérimentale et d'An. path.*, mai 1907).
- POLERIS. — Kystes hydatiques du bassin chez la femme : salpingite double à échinocoques. (*Annales de Gynéc.*, Paris 1896. *J. de Méd.* de Paris 1896).
- FAURE (J.-L.). — In Petron. (Thèse de Paris 1900).
- FÉRAL. — Des kystes hydatiques du bassin intra péritonéaux primitifs ou secondaires. (Thèse de Paris, 1899-1900).
- FRAUTA. — Les kystes hydatiques du bassin et de l'abdomen au point de vue de la dystocie. (*Ann. de gyn. et d'obst.*, Paris 1902).
- FREUND. — Über Echinococcus im Weiblichen Becken. (*Arch. f. Gynak.*, Berlin 1879).
- Die Echinococcen krankheit ein Weiblichen Becken. In : Gynakologische klinik, Strasbourg 1885 (1 bund).
- GOULLIoud. — In Monéger. (Thèse de Lyon 1893). — Kystes hydatiques des épiploons et du pelvis (VIII^e Congrès de Chirurgie, Lyon 1894).
- GOULLIoud ET SAUNIER. — Présentation d'un cas de kyste hydatique primaire du bassin. (Société Nationale de Médecine de Lyon). *Lyon Médical*, 25 février 1921.
- GUYON. — Les kystes hydatiques pelviens. (*Ann. des mal. des organes gén. urin.*, Paris 1905).
- HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine. (*Ann. des mal. des organes gén. urin.*, Paris 1904).
- JABOULAY. — In Monéger. (Thèse de Doctorat, Lyon 1892). *Progrès Médical*, Paris 1880).
- KUCHENMEISTER. — Die thierischen Parasites (Leipzig).

LAVIGNE SAINTE-SUZANNE (de). — Etude des kystes hydatiques du bassin. (Thèse de Bordeaux 1893-94).

LHUIILLER. — De la rétention d'usine dans les kystes hydatiques du petit bassin. (Thèse de Paris, 1902-03).

LEMAIRE (G.). — Kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. (Thèse de Paris 1910-11).

LEMAIRE ET JACOULET. — *Progrès Médical* 1911 (p. 95).

LE MONNIER. — Kystes hydatiques du ligament large. (Thèse de Paris 1896).

LE NADAN. — Kystes hydatiques de l'ovaire. (Thèse de Bordeaux 1896-97).

MAYER. — Ein Fall von Echinococcus in Beckenbindgewebe. (Inaug. Dissert. Giessen 1900).

MONÉGER. — Des kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin. (Thèse de Lyon, 1892-93).

MORAND. — Observations sur des sacs membraneux pleins d'hydatides sans nombre, attachés à plusieurs viscères abdominaux du bas-ventre et découverts par l'ouverture d'un cadavre. (Hist. Académie Royale des Sciences de Paris 1722). (Mémoire, Amsterdam 1727).

NICAISE ET SALOMON. — Kystes hydatiques de petit bassin ayant dédoublé la cloison recto-vaginale. (*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris 1900).

PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin. (Paris 1895 ; in 8°).

— Cliniques chirurgicales (tome IV).

PINARD. — Dystocie produite par la présence d'un kyste hydatique, remplissant l'excavation du bassin : tumeurs multiples, ponction, infection puerpérale, mort de la mère. (*J. des Sages-Femmes*, Paris 1887).

— Kystes hydatiques multiples compliquant l'accouchement. (*Ann. de gyn.*, Paris XXIX)

- PORAK. — Des kystes hydatiques du petit bassin au point de vue dystocie. (*Gaz. hebd. de Méd.*, Paris 1884).
- PUCHELT. — Commentatio de tumoribus in pelvi partum impediētib. (Heidelberg 1840).
- QUAIN. — Kyste hydatique du bassin, ponction par le rectum, suppuration du sac, guérison. (*Méd. Times a. Gaz.*, London, 19 mai 1860).
- QUEMIN. — Formolage des kystes hydatiques. (Thèse de Paris 1909).
- RIVIÈRE. — Kystes hydatiques du petit bassin et laparotomie. (*Lyon Médical* 1892).
- SANDLER. — Case of Cæsarean section, birth obstructed by enormous hydatid. Cyst of liver. (*Méd. Times a. Gaz.*, London 1864).
- SCHATZ. — Die Echinococcen der Genitalien und des Kleinen Beckens beim Weibe. (Stuttgart 1885).
- SCHWARTZ. — In Dermigny. (Thèse de Paris 1891, Obs. I).
- SONTAG. — (Inaug. Dissert. Hall. 1889).
- SOUPAUT. — Des kystes hydatiques du péritoine. (*Gaz. des Hôp.*, Paris 1885).
- TISSIER ET DESFOSSES. — Kyste hydatique du foie rompu dans l'abdomen depuis 18 ans ; généralisation sur toute la surface péritonéale de l'intestin, du mésentère des ligaments larges et de l'utérus ; grossesse évoluant jusqu'au terme ; rupture utérine au cours du travail ; mort. (*Bull. et Mém. de la Soc. Obst. et Gyn.*, Paris 1897).
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. (Paris, tome III, 5^e édition).
- TUFFIER. — De l'incision sus-pubienne appliquée au traitement des Kystes hydatiques dans la région rétrovésicale. (Congrès français de chir., Paris 1891).

VILLARD (F.). — Considérations cliniques sur les kystes hydatiques du petit bassin chez la femme. (*Ann. de Gyn.*, Paris 1878).

WIDAL. — Kystes hydatiques multiples de la Cavité abdominale. (Soc. Méd. des Hôpitaux, Paris, 1876. Union Médicale 1876).



